

## 要介護（要支援）認定関係資料提供申請書

坂出市長 殿

事業者番号

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護支援専門員名 \_\_\_\_\_

- 申請者区分  指定居宅介護支援事業者  
 指定介護予防支援事業者  
 委託を受けた指定居宅介護支援事業者  
 地域包括支援センター  
 介護保険施設  
 地域密着型サービス事業者  
 その他  
 [ \_\_\_\_\_ ]

介護（予防）サービス計画の作成に必要なため、下記対象者について資料提供の申請をいたします。  
 なお、資料については、介護（予防）サービス計画作成にのみ使用することを誓約いたします。

### 記

| No. | 被保険者番号 | 氏名 | 住所             | 必要箇所に○印を記入 |        | 市チェック欄 |     |     |    |
|-----|--------|----|----------------|------------|--------|--------|-----|-----|----|
|     |        |    |                | 認定調査票      | 主治医意見書 | 調査票    | 意見書 | 居宅届 | 備考 |
| 1   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 2   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 3   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 4   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 5   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 6   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 7   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 8   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 9   |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |
| 10  |        |    | 町 番地<br>丁目 番 号 |            |        |        |     |     |    |